

介護保険負担限度額認定申請書

記入例

令和〇〇年〇〇月〇〇日

神山町長 殿

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費（滞在費）に係る負担限度額認定の申請をします。

|                   |  |                                |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-------------------|--|--------------------------------|-------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ              | カイゴ タロウ  | 保険者番号                          | 3 6 3 4 2 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 被保険者氏名            | 介護 太郎  | 被保険者番号                         | 2           | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |   |
|                   |  | 個人番号                           | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 |
| 生年月日              | 明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日生  |                                |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 住所                | 〒770-0000<br>神山町〇〇字△△□□番地（被保険者住所） 電話番号 000-000-0000    |                                |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 介護保険施設の所在地及び名称（※） | 〒770-0000<br>神山町●●字××番地 介護老人保健施設 ★★苑 電話番号 999-999-9999 |                                |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 入所（院）年月日（※）       | 令和〇〇年 △△月 □□日  | 介護保険施設に入所（院）していない場合には、記入は不要です。 |             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|           |                         |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|-------------------------|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 配偶者の有無    | 有 ・ 無                   |   | 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項」については記載不要です。 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ                    | カイゴ ハナコ   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 氏名                      | 介護 花子   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 生年月日                    | 明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日生                                   | 個人番号                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 |
|           | 住所                      | 〒770-0000<br>神山町〇〇字△△□□（配偶者の住所） 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|           | 本年1月1日現在の住所（現住所と異なる場合）  | 〒 電話番号  |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 課税状況      | 現住所と異なる場合のみ、必ず記入してください。 |   | 非課税                                      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|              |                                     |   |                                      |            |  |                            |
|--------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|------------|--|----------------------------|
| 収入・預貯金に関する申告 | <input type="checkbox"/>            | 生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税世帯であること。かつ、生活保護受給者/市町村住民税世帯非課税世帯であること。かつ、<br>の金額の合計が1,000万（夫婦は1,650万）以下です。 | 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万（夫婦は1,650万）以下です。 |            | 預貯金、有価証券等<br>日本年金機構<br>地方公務員共済<br>国家公務員共済<br>私学共済<br>※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。 |                            |
|              | <input checked="" type="checkbox"/> | 市町村住民税非課税世帯であって、<br>〔遺族年金※・障害年金〕の収入額の合計額が年額80万円以下です。<br>（受給している年金に〇をして下さい）                    | 預貯金、有価証券等の金額の合計が650万（夫婦は1,650万）以下です。 |            |  |                            |
|              | <input type="checkbox"/>            | 市町村住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と<br>〔遺族年金※・障害年金〕の収入額の合計額が年額120万円以下です。                          | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万（夫婦は1,500万）以下です。 |            |  |                            |
|              | <input type="checkbox"/>            | 市町村住民税非課税世帯であって、課税年金収入額と合計所得金額と<br>〔遺族年金※・障害年金〕の収入額の合計額が年額120万円を超えます。<br>（受給している年金に〇をして下さい）   | 預貯金、有価証券等の金額の合計が500万（夫婦は1,500万）以下です。 |            |  |                            |
| 預貯金額         |                                     | 2,000,000円  | 有価証券<br>（評価概算額）                      | 1,000,000円 | その他<br>（現金・負債を含む）  | 現金 500,000円<br>※内容を記入して下さい |

添付書類 ○ 預貯金等の照会に関する同意書 ○ 預貯金、有価証券に係る通帳等の写し

|              |   |
|--------------|---|
| 決定通知書・認定証送付先 | 施設・自宅・その他（申請後の決定通知書、認定証の送付先について、入所施設（ショートステイ利用の場合は自宅）以外に送付を希望される場合は、「その他」に〇を付け、希望の送付先を御記入ください。） |
|--------------|---|

※注意事項

- この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者を除く。
- 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、最も多い金額を記入してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入するか、または別紙に記入の上、添付してください。
- 虚偽の申告により、不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

※裏面の同意書の御記入をお願いいたします。

# 記入例

## 同意書

神山町長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴町長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

<本人>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 太郎

<配偶者>

住所 神山町〇〇字△△□□番地

氏名 介護 花子

同意書欄の記入日・住所・氏名は必ず手書きで記入してください。申請書提出者等の代筆でもかまいません。

ここから下は神山町が記入しますので、申請者の方は記入しないでください。

神山町記入欄（申請者は記入しないで下さい）

| 受付年月日       | 市町村民税世帯  | 年金収入額等   | 添付書類  |
|-------------|--|--|---|
| 年 月 日       | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税   | <input type="checkbox"/> 120万円超<br><input type="checkbox"/> 80万円以上120万円以下<br><input type="checkbox"/> 80万円以下 | <input type="checkbox"/> 通帳の写し <input type="checkbox"/> その他 |
| 適用年月日       | 別世帯課税配偶者   | 老齢福祉年金受給   | 判定結果  |
| 年 月 日<br>から | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当    |
| 有効期限        | 預貯金等   | 生活保護   | 入力確認  |
| 年 月 日<br>まで | <input type="checkbox"/> 基準超 <input type="checkbox"/> 基準以下 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  |   |

※預貯金、有価証券に係る通帳等の写しは別添のとおり。